FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1967

N° 404

THÈSE
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
diplome d'Etat

par

Ginette BABLED née ROQUERBE
née le 11 mars 1940 à Melun S.&M

présentée et soutenue publiquement le :

A propos de sept observations de mononucléoses infectieuses, dont six avec angine à fausses membranes

Président : M. A. LEMAIRE, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année N°

THÈSE
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
diplome d'Etat

par

Ginette BABLED née ROQUERBE
nee le 11 mars 1940 à Melun S.&M

présentée et soutenue publiquement le :

A propos de sept observations de mononucléoses infectieuses, dont six avec angine à fausses membranes

Président : M. A. LEMAIRE, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

diplôme d'Etat

par

Ginette BAILLED née ROQUEBRE

née le 13 mars 1940 à Melun (S.&M.

présentée et soutenue publiquement le :

UNIV. LEIDEN BIBL.

A propos de sept observations de mononucléoses infectieuses dont six avec angine à fausses membranes

Président : M. A. LEMAIRE, Professeur.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

M.M. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.) Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.) Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN..... : Georges BROUET

1er ASSESSEUR..... : Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR..... : Jean GOSSET

1. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie.....	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie.....	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F.)
-	POLONOVSKI (J.)
-	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale.....	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale.....	MATHE (G.)
Chimie pathologie.....	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale.....	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive.....	BOYER (J.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie.....	N...

15/4/1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

M.M. Alajouanine (T.), Badenard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Chevrel (J.), Debré (R.), Fey (E.), Gailliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Huyart (G.), Lacroix (D.), Levaditi (C.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (J.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Queru (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Stroh (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN..... Georges DROUET

1ère ASSESSEUR..... Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR..... Jean COSSET

1. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie..... DELMAS (A.)
..... HUARD (P.)
- ..... DELMAS (J.)
Anatomie et cytologie pathologiques..... VOGNARH (G.)
Anesthésiologie..... TOURNIER (P.)
Bactériologie et virologie..... JAYLE (M.F.)
Biochimie médicale..... POLONOVSKI (J.)
..... DESGREZ (P.)
- .....
- .....

Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports..... MALMEJAC (J.)
Biologie médicale..... FAUVERT (R.)
Biophysique médicale..... HUGNARD (J.)
..... DOGNON (A.)
- ..... DJOURNO (J.)
- ..... MATHE (G.)

Cancérologie expérimentale..... SCHNAPIRA (G.)
Chimie pathologie..... LECLERC (J.)
Génétique fondamentale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie..... COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie..... TUCHMANN-DUPLESSIS (M.)
- ..... COULARD (R.)
Hygiène et médecine préventive..... ROYER (J.)
Médecine du Travail..... DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie..... DERAUCHAT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)..... FASQUELLE (R.)
Parasitologie..... M...

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales : Bicêtre	DEPARIS (M.)
Cliniques médicales : Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales : Cochin	N...
Cliniques médicales : Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales : Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales : Saint-Antoine	CONTE (M.)
Cliniques médicales : Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales : Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabolituqs (H. Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales : (Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales : (Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)

MM.

Pathologie chirurgicale..... LAURENCE (G.)
- ..... KUSS (R.)
- ..... VERNE (J.-M)
Pathologie exotique..... BRUMPT (L.-C)
Pathologie expérimentale et comparée..... MERKLEN (F.-P)
Pathologie médicale..... LAROCHE (Cl.)
- ..... BRICAIRE (H.)
- ..... PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire..... TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales..... MAURICE (P.)
Pharmacologie..... BOISSIER (J.-R)
- ..... LECHAT (P.)
Physiologie..... BARGETON (D.)
- ..... PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales..... LEPAGE (F.)
Radiologie médicale..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale..... N...
Thérapeutique..... LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée..... N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie..... CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique..... OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique..... NEZELOF (Ch.)
Bactériologie..... BARBIER (P.)
Biochimie médicale..... DREYFUS (J.Cl)
Biologie médicale..... BOURLIERE (F.)
Parasitologie..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale..... LOEPER (J.)
Physiologie..... (DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)
(KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale..... (GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.Cl)
(TUBIANA (M.)
Radiologie médicale..... FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)..... SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)..... LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales. (Beaujon..... LORTAT-JACOB (J.L)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine... GOSSET (J.)
(Salpêtrière..... SICARD (A.)
(Tenon..... OLIVIER (Cl.)

Pathologie chirurgicale.....
.....
.....
Pathologie exotique.....
Pathologie expérimentale et comparée.....
Pathologie médicale.....
.....
.....
Pathologie respiratoire.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pharmacologie.....
.....
Physiologie.....
.....
Physiologie et pathologie obstétri-
cales.....
Radiologie médicale.....
Technique chirurgicale et Chirurgie
expérimentale.....
Thérapeutique.....
Thérapeutique appliquée.....

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie.....
Anatomie anthropologique.....
Anatomie pathologique.....
Bactériologie.....
Biochimie médicale.....
Biologie médicale.....
Parasitologie.....
Pathologie expérimentale.....

Physique.....

Physique médicale.....

Radiologie médicale.....

2° CHIMIES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique ORL
Clinique ophtalmologique.....
Clinique dermatologique
(Necker).....
Clinique ORL
(Broussais).....
(Bouchard).....
Berlioz.....
Cochin.....
Clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu.....
Saint-Antoine...
Salpêtrière.....
Tarnier.....

	MM.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
- - (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié)	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRE (R.) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.) BOUR (H.) CAROLI (J.) DREYFUS (B.) GROSSIORD (A.) LAMBLING (A.) LAUNAY (Cl.) PAYET (M.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F.) WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)

Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologie	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.Ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.Ch.

IV. - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.) LAURENT (H.) LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.) FORGET (F.) Mlles DUROZOY (M.F) ROBERGE (D.) Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon mari,

A ma famille,

A mes amis.

A Monsieur le Profeseeur André LEMAIRE,

qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur Marcel SEGUIN,

qui a su très paternellement nous initier à la médecine et nous donner confiance en nous, qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre affection.

A Monsieur le Docteur Daniel HAMEL,

qui nous a suggéré le sujet de cette thèse, nous a permis sa réalisation dans son service et qui surtout durant ces trois dernières années n'a cessé de participer à notre formation médicale avec tant de gentillesse, de coeur et de disponibilité, qu'il trouve ici le témoignage affectueux de notre gratitude et de notre respect.

A Monsieur le Docteur Claude FEVRE.

A Monsieur le Docteur Jean-Marie LE BOZEC.

A Monsieur le Docteur Joël BRIZARD.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur A. SICARD
Monsieur le Professeur P. SOULIE
Monsieur le Professeur M. FEVRE
Monsieur le Docteur J. MOUSSOIR
Monsieur le Docteur S. BLONDIN
Monsieur le Professeur M. PERRAULT
Monsieur le Professeur Ch. DEBRAY
Monsieur le Docteur P. GRENET
Monsieur le Professeur R. ISRAEL-ASSELAIN
Monsieur le Professeur M. BOLGERT
Monsieur le Professeur R. GARCIN
Monsieur le Professeur M. LACOMME
Monsieur le Professeur P. MOLLARET
Monsieur le Professeur G. RENARD
Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE
Madame le Docteur J. AUBRY

A PROPOS DE SEPT OBSERVATIONS DE MONONUCLEOSES INFECTIEUSES, DONT SIX AVEC ANGINE A FAUSSES MEMBRANES.

I N T R O D U C T I O N

Nous avons été frappés à l'Hôpital de Mantes par la symptomatologie curieuse des mononucléoses que nous avons eu l'occasion de voir dans le service.

En effet, il s'agissait, pour la plus grande partie de nos cas, de malades dirigés à l'Hôpital pour suspicion de diphtérie, et qui avaient en fait des angines à fausses membranes s'associant à d'autres signes, tant cliniques qu'hématologiques, qui nous ont permis de porter à leur sujet le diagnostic de mononucléose infectieuse.

Il est intéressant de voir également qu'en deux ans nous n'avons eu que 7 (sept) cas de mononucléose dans un service de médecine générale de 65 lits, où le renouvellement est assez rapide.

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une mononucléose diagnostiquée est le plus souvent traitée en ville, et que seules, les formes atypiques, notamment celles qui, débutant par une angine à fausses membranes, inquiètent le Médecin et l'entraînent à hospitaliser leurs malades.

Nous avons choisi de vous décrire ici ces sept cas et d'en tirer la conduite à tenir par le Médecin mis en présence de tels malades.

HISTORIQUE DE LA MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Cette maladie est décrite depuis relativement peu de temps.

- TURK avait vu un enfant ayant :
  - une angine,
  - des adénopathies,
  - des cellules sanguines anormales,

et avait porté le diagnostic de leucémie aigüe, mais l'enfant guérit... Il décrit alors les cellules sanguines anormales, et les dénomina, les cellules de Türk, également appelées aux U.S.A, les cellules de Downey ou virocytes.

- En 1928, en France, Chevalier décrivit cette maladie sous le nom :

d'adénolymphoïdite aigüe bénigne.

- Puis, on l'a dénommée pseudo-leucémie lymphoïde aigüe, puis angine à monocytes, et enfin, mononucléose infectieuse.

La découverte de la réaction de Paul-Bunnel Davidsohn a permis de dissocier la mononucléose infectieuse des syndromes mononucléosiques à sérologie négative.

Ces formes sont classées actuellement avec la maladie, mais peut-être des découvertes ultérieures les en dissocieront-elles ?.

RAPPEL DE CETTE MALADIE

Il s'agit d'une maladie virale, dont le virus responsable n'a encore jamais été isolé, et il ne semble pas avoir été cultivé, par contre, on a pu l'inoculer à des étudiants et à des singes.

Cette maladie atteint essentiellement les grands adolescents et les adultes jeunes : 80 % des malades ont entre 16 et 28 ans. Elle atteint exceptionnellement les enfants de moins de 3 ans.

Cette maladie est transmise essentiellement par la salive, et l'on attribue donc un très grand rôle au baiser.

La transmission essentiellement salivaire et l'âge des sujets atteints, a fait dénominer la mononucléose : "La maladie des jeunes fiancés".

La durée d'incubation de cette maladie serait de 15 jours minimum.

Il existerait des porteurs sains du virus, capables de transmettre cette maladie.

A. Description de la forme commune

a. L'essentiel du tableau clinique associe :

- La température qui manque rarement.

Il peut s'agir d'une fébricule discrète, ailleurs, d'une hyperpyrexie à 40°, le plus souvent d'une élévation thermique autour de 38°5, 39°. La courbe thermique peut ressembler à celle d'une fièvre typhoïde, revêtir un aspect pseudo-palustre, prendre une allure ondulante, ou le plus souvent ne pas avoir de caractère particulier.

.../...

Cette température s'accompagne d'une inappétence, de myalgies et d'une asthénie.

Les signes peuvent être frappants, par leur importance, comme par leur persistance, surtout pour l'asthénie qui peut être considérée comme un des signes fondamentaux de la maladie.

- Les adénopathies, de volume modéré, fermes, peu douloureuses et ne suppurant pas ; leur siège le plus typique est le siège spinal, mais elles peuvent atteindre les territoires occipitaux et cervicaux, et il est banal de constater des adénopathies axillaires, inguinales, et même épitrochléennes.
Il s'agit donc, le plus souvent d'une polyadénopathie.

- La splénomégalie, généralement modérée, est moins fréquente et s'accompagne volontiers d'un signe de Kehr positif.

- de même l'angine est inconstante, et en plus, son aspect est variable ; simple pharyngite contrastant avec l'importance des adénopathies, ou amygdalite, ou encore stomatite avec pétéchies sur le voile du palais. Parfois, l'aspect local est trompeur, avec enduits pultacés, ulcérations blanchâtres ou même fausses membranes.

- Les éruptions cutanées, sont loin d'être rares. Leur date d'apparition est variable. Elles peuvent prendre l'aspect d'un exanthème généralement fugace, morbiliforme ou scarlatiforme, ou encore rubéoliforme. Plus rarement, on observe des taches rosées analogues à celles qui caractérisent les typhoïdes.

- Une conjonctivite peut aider au diagnostic, car elle est volontiers précoce, généralement unilatérale, se présentant sous la forme de granulations arrondies à la

.../...

surface desquelles on peut distinguer de minuscules points blanchâtres.

b. Devant cette maladie ganglionnaire fébrile, l'examen sanguin s'impose, et les résultats viennent immédiatement rassurer, si l'on avait une arrière pensée de leucose aigüe.

- Les lignées rouges et plaquettaires sont intègres.

- Il existe une leucocytose modérée aux environs de 15.000 leucocytes/mm3, avec augmentation des grands mononucléaires et présence de formes anormales ; de grands mononucléaires hyperbasophiles.

- Parfois, il existe une plasmocytose discrète.

c. Pour faire la preuve du diagnostic, il faut demander un examen sérologique qui, seul peut différencier la mononucléose infectieuse des autres syndromes mononucléosiques.

- Il s'agit de la réaction de Paul et Bunnel, complétée par Davidsohn, qui est positive après le 10 ème jour d'évolution de la maladie.

- ou plus récemment : M.N.I test qui a l'avantage d'être plus rapide.

Certaines maladies ressemblant cliniquement et hématologiquement à la mononucléose sont actuellement appelées mononucléose infectieuse bien que les réactions sérologiques soient négatives.

Certains, au début, ont fait un rapport entre les formes à sérologie négative et certains sujets du groupe sanguin A. En fait, d'après d'autres auteurs, il se serait au départ agit d'une simple coïncidence et depuis, certaines statistiques montrent qu'il y a en fait autant de sujets dans le groupe sanguin A proportionnellement que dans les autres groupes à avoir une mononucléose avec sérologie

.../...

positive, et autant dans ce groupe que dans les autres à avoir une sérologie négative.

d. Evolution

- Elle se fait vers la guérison, parfois rapide, en quelques jours, le plus souvent lente, en quelques semaines.

Les adénopathies et l'asthénie sont les plus persistantes, volontiers 3 mois.

- L'inversion de la formule sanguine peut persister pendant plusieurs mois, même si le chiffre des leucocytes est lui, revenu à la normale rapidement.

- Les réactions sérologiques restent positives au moins 2 ou 3 mois.

e. Les rechutes et récidives ne sont pas fréquentes et peuvent revêtir un aspect sémiologique différent de l'épisode initial. (Un externe fit 16 rechutes consécutives).

B. Formes cliniques

1. Forme mono ou pauci symptômatique.
2. Forme avec hépatite isolée ou associée à un ictère.
3. Manifestations nerveuses variées.

a. Formes méningées

Le liquide céphalo-rachidien contenant des lymphocytes et des mononucléaires atypiques, cette forme guérit sans séquelle.

b. Encéphalo-myélites, plus rares

Le plus souvent ces formes guérissent, bien que des séquelles et la mort soient possibles.

c. Les atteintes périphériques, surtout

- des paires crâniennes.
- la mononucléose est reconnue comme une

.../...

des étiologies possibles de la maladie de Guillain-Barré.

- quelques cas de paralysie faciale ont été décrits.

4. Formes purpuriques dûes à une thrombopathie.

5. Formes anémiques exceptionnelles.

C. Diagnostic différentiel

Multiplicité des diagnostics en rapport avec la multiplicité des symptômes de la mononucléose infectieuse.

- devant un ganglion spinal isolé, il faudra discuter les autres étiologies du syndrome mononucléosique.

- l'angine fera discuter toutes les étiologies, notamment la diphtérie.

- les leucémies, les aphasies médullaires.

- la température pose le diagnostic différentiel avec la température de la typhoïde.

- les polyadénopathies font discuter toutes les maladies à adénopathies :

  - Hodgkin
  - leucémie aigüe
  - leucémie lymphoïde chronique
  - syphilis secondaire
  - fièvre de Malte

- devant une splénomégalie, on pense à toutes ses origines possibles.

- devant l'éruption, il faudra discuter toutes les éruptions analogues.

- de temps en temps, il faudra discuter l'origine d'une méningite ou d'une hépatite.

.../...

D. Traitement

1. Si la forme n'est pas sévère :

- le repos, la vitamine C suffisent avec antibiotiques de la série des cyclines, pour éviter les surinfections, si il est nécessaire.

2. Dans les formes plus sévères, avec température élevée, et asthénie importante :

- il est nécessaire d'y adjoindre les corticoïdes ; en 2 ou 3 jours, les signes cliniques disparaissent, et l'asthénie s'atténue beaucoup plus rapidement si les corticoïdes ont été donnés pendant la phase aigüe.

CAS OBSERVES DANS LE SERVICE
à
MANTES-LA-JOLIE

1ère Observation

Monsieur G..... Alain - 19 ans - Etudiant -

Le malade nous a été envoyé le 12.5.1965 pour angine phlegmoneuse avec enduit diphtéroïde et volumineuses adénopathies.

Le 5.5.1965, le malade se plaint de sa gorge.
Le 8.5.1965, son Médecin le voit et lui trouve une gorge rouge avec quelques points blancs et des amygdales hypertrophiées.

A l'entrée :

- dysphagie - anorexie - sans vomissement.
- température à 39°7.
- pulsations radiales à 90.
- angine importante avec hypertrophie amygdalienne gauche considérable, droite moins notable.
- enduit blanchâtre sur les deux amygdales, surtout sur la gauche.
- adénopathies énormes, surtout au niveau de la chaîne ganglionnaire sous maxillaire gauche.

Il semble que tout ait commencé à gauche et se soit bilatéralisé ensuite.

Le reste de l'examen n'apporte aucun élément intéressant.

Devant cette gorge, les doutes du Médecin traitant et l'impossibilité d'avoir une formule sanguine en urgence, on décide de pratiquer à ce malade une sérothérapie

.../...

anti-diphtérique ; bien que le diagnostic de diphtérie soit peu vraisemblable.

Le lendemain, la numération-formule-sanguine :

4.600.000 G.R — Hémoglobine : 88 %
16.000 G.B — V. globulaire : 0,95
Poly. Neutro. : 35 %
Lymphocytes : 15 %
Gr. Lympho. : 45 %
Monocytes : 5 %

Le Chef du Laboratoire, nous dit :

- très nombreux mononucléaires hyperbasophiles.
- très rares éléments nucléolés.
- syndrome mononucléosique vraisemblable.

Le prélèvement de gorge : pousse de cocci gram positif en chaînettes et de basophiles gram +

Le malade est alors mis sous Cortancyl : 30mg
Transcycline : 1 ampoule I.V. par jour.

Le 15.5.1965

- Température à 37°6
- Gorge nettoyée.

Le 17.5.1965

- Paul et Bunnel : positif au 1/800 avec le sérum seul.
Positif au 1/400 avec le sérum plus rein de cobaye.
Positif au 1/12 avec le sérum plus globules de boeuf.

Le 24.5.1965

- N.F.S : 4.400.000 G.R — Lymphocytes : 65 %
9.200 G.B — Monocytes : 3 %

.../...

Le 26.5.1965

- Le malade sort après l'arrêt du Cortancyl.
- Les ganglions ont regressé en partie.
- L'asthénie a diminué.

Cette observation nous a semblé intéressante à cause de son diagnostic différentiel avec une diphtérie.

2ème Observation

Monsieur L..... Jean-Pierre - 18 ans - Menuisier -

Le 22 Mai, angine blanche qui s'est rapidement transformée en angine à fausses membranes.

Le jeune homme entre dans le service le 26 Mai 1965, pour suspicion de diphtérie, il avait été vacciné en classe, contre la diphtérie, mais ne se souvenait pas de l'année.

A l'arrivée :

1. Le malade se plaint de sa gorge, de sécheresse de la bouche et de dysphagie.

- Il n'y a pas de cyanose, pas de vomissement, une température à 38°1 et un pouls à 100.

- Il existe une certaine pâleur et une asthénie importante.

Les fausses membranes recouvrent les deux amygdales et le fond de la gorge à gauche, la luette et les piliers sont libres, mais rouges et tuméfiés.

- Les fausses membranes sont adhérentes, gris jaunâtres, irrégulières.

- Il n'y a pas de paralysie vélo-palatine.

2. On note des adénopathies cervicales très importantes, bilatérales, sensibles, maximum au niveau de la chaîne trapézienne.

3. Et l'on retrouve une splénomégalie importante, sans signe de Kehr.

Le reste de l'examen est entièrement satisfaisant, on ne retrouve aucun trouble.

- le jeune homme était au mieux avec une jeune fille depuis 2 mois.

- un prélèvement de gorge fait immédiatement ne montrait rien à l'examen direct.

.../...

- une N.F.S faite en urgence décelait la présence de nombreux lymphocytes hyperbasophiles.

Avant d'avoir les résultats en détail, nous avons donc institué un traitement associant Transcycline et corticoïdes.

- La N.F.S rentrée ultérieurement montrait : 3.900.000 G.R
11.000 G.B

Neutrophiles : 32 %
Lymphocytes : 4 %
Gd Lympho. : 52 %
Monocytes : 12 %

- La V.S à 17 - 35.

De nombreux mononucléaires hyperbasophiles virocytéo-immunocytes sont mis en évidence.

- Paul et Bunnel : positif.

Sous l'effet du traitement, rapidement, les fausses membranes disparaissent, on obtient l'apyrexie, l'asthénie diminue, les ganglions restent très hypertrophiés et la rate perceptible.

Le malade sort très vite, le 1er Juin pour des raisons pécuniaires.

3ème Observation

Monsieur P..... Gérard - 21 ans - Agriculteur -

Ce jeune homme de 21 ans, revenant du service militaire où il avait reçu un rappel de DT TAB en décembre 64, était malade depuis 8 jours lorsqu'il est entré dans le service.

Le 6.6.65, Le malade ayant des céphalées importantes, appelle son Médecin qui diagnostique une sinusite.

Le 8.6.65, Il rappelle son Médecin car il se plaint de sa gorge.
Son Médecin constate alors une angine avec des points blancs et prescrit 1.500.000 unités I.M de Pénicilline.

Le 13.6.65, L'angine est plus importante.
Il existe une dysphagie notable, une gêne à l'élocution et des adénopathies importantes.
Température oscillant entre 38° et 39°.

Le Médecin craignant une diphtérie, malgré le rappel du vaccin récent, préfère hospitaliser ce jeune homme.

A l'examen d'entrée on notait :

- une angine érythémato-pultacée importante bilatérale, sans fausses membranes, seules les deux amygdales sont piquetées de points blancs, non adhérents.
- La langue est propre.

Cette angine s'accompagne d'un vomissement le soir.

- des adénopathies énormes, bilatérales, sensibles, sous angulo-maxillaires, les autres chaînes sont libres.

.../...

- Les deux sinus maxillaires et le frontal droit sont sensibles.

- Une asthénie importante.

En dehors de cela, l'examen ne décèle aucun signe pathologique.

Le malade est mis à l'Hexacycline, 2 gr par jour et à la Bacitracine.

La N.F.S : 4.800.000 G.R Hémoglobine : 96 %
15.800 G.B V. Globulaire : 1
Neutrophiles : 29 %
Lymphocytes : 8 %
Gd Lympho. : 52 %
Monocytes : 11 %
assez nombreuses cellules hyperbasophiles.

Dès le résultat de la N.F.S et étant donnée l'asthénie suspecte, on décide de le mettre au Cortancyl, 30 mg par jour.

Le 24.6.65

- La regression a été rapide.
- la gorge est propre.
- apyrexie.
- les ganglions ont diminué.
- l'asthénie persiste.
- Paul et Bunnel : Positif.
- N.F.S : 4.600.000 G.R Hémoglobine : 83 %
10.100 G.B V. Globulaire : 0,90
Polyneutrophiles: 65 %
Lymphocytes : 29 %
Monocytes : 6 %

Le malade sort alors du service après arrêt du Cortancyl.

.../...

4ème Observation

Monsieur P..... Michel - 19 ans - Mécanicien -

Le malade nous a été envoyé le 15.12.1965 du Sanatorium d'Aincourt où il était traité pour une tuberculose pulmonaire par 600 mg d'I.N.H, 15 cg de P.A.S et 12 Isoxyb.

Le 12.12.65

- Température à 38°1.
- Rhinite.
- Infection conjonctivale.

Puis une éruption morbiliforme est apparue et s'est généralisée.

Le malade avait déjà eu quelques temps auparavant (le 26.11.65), une éruption du même type, ayant cédé à l'arrêt de la Streptomycine et à la mise aux anti-histaminiques, et les Médecins du Sanatorium se demandant si l'éruption était encore de type allergique, ou si elle n'était pas symptômatique d'une infection, préfèrent nous envoyer ce malade.

A son entrée, le 15.12.66

- température à 38°.
- éruption érythémato-papuleuse plus ou moins confluente respectant des intervalles de peau saine, prurigineuse.

- Elle avait débuté à la face interne des avant bras, et aujourd'hui prédomine à ce niveau et sur le thorax. L'éruption est moins importante au niveau des membres inférieurs.

Elle s'accompagne d'un piqueté purpurique.

- splénomégalie évidente (le pôle inférieur de la rate déborde de 3 travers de doigt le gril costal).

.../...

- polyadénopathies fermes et indolores retrouvées au niveau de toutes les chaînes ganglionnaires.
- légère angine érythémateuse sans autre enanthème.
- pas d'asthénie notable.
- Le malade est mis au Théralène et à 1,50 gr d'Hexacycline, les anti-tuberculeux sont stoppés provisoirement.

BILAN

- Le prélèvement de gorge : pousse de bacilles Gram positif et d'entérocoque.
- Urée : 0,35 gr %
- Glycémie : 0,85 gr %
- V.S : 6 - 15
- N.F.S : 4.900.000 G.R
  12.400 G.B

Hémoglobine	: 88 %
V. Globulaire	: 0,90
Polyneutrophiles	: 53 %
Eosinophiles	: 10 %
Lymphocytes	: 6 %
Gd Lymphocytes	: 10 %
Immunocytes	: 21 %

- B.W : négatif.
- Antistreptolysines : 100 unités.

Le 17.12.65

Même état.

Température à 38°6.

Ensuite, l'éruption s'atténue en même temps que l'hyperthermie cède.

Le 22.12.65

Apyrexie

L'éruption devient rose pâle.

Persistance de la splénomégalie et des adénopathies.

.../...

Le 24.12.65

Desquamation

Un diagnostic de Paul et Bunnel fait le 23.12.65

- Sérum non absorbé : 2 222 1 00000
- Sérum absorbé par cellules de boeuf : 0 000 0 00000
- Sérum absorbé par rein de cobaye : 2 211 0 00000

Le 28.12.65

Nouvelle numération :

4.700.000 G.R
20.300 G.B

Hémoglobine	: 78 %
V. Globulaire	: 0,82
Polyneutrophiles	: 40 %
Lymphocytes	: 19 %
Eosinophiles	: 37 %
Monocytes	: 4 %

Le Chef de Laboratoire ne décèle aucune cellule pouvant évoquer une mononucléose.

Le 31.12.65

Le malade très désireux de partir, sort, et l'on demande à Aincourt de vérifier cette éosinophilie et d'explorer ce malade, malheureusement, nous n'avons pas eu de compte rendu.

Cette observation nous a paru intéressante d'abord à cause de la prédominance de cette éruption et du problème étiologique qu'elle posait ; d'autre part, à cause de la positivité de Paul et Bunnel, bien qu'il n'y ait pas eu de cellules sanguines typiques.

5ème Observation

Monsieur T..... Dominique - 24 ans - Etudiant -

Ce malade a été envoyé dans le service, le 20.5.66 avec le diagnostic de phlegmon des amygdales.

Depuis quelques jours, ce jeune homme était asthénique, très fébrile et se plaignait de dysphagie.

Le 20.5.66. A l'entrée dans le service, on notait :

- une température à 39°5.
- des pulsations radiales à 100.
- une asthénie.
- une dysphagie.
- une hypertrophie amygdalienne droite volumineuse, recouverte d'un enduit blanchâtre adhérent,
- et une hypertrophie amygdalienne gauche un peu moins volumineuse recouverte également d'un enduit blanchâtre.
- des adénopathies sous-maxillaires et parotidiennes, très volumineuses et sensibles, bilatérales, mais prédominant à droite.

L'examen retrouve également des adénopathies axillaires et inguinales, indurées, non douloureuses, et une rate percutable.

Devant ce tableau, on pense pouvoir éliminer un phlegmon de l'amygdale, étant donnée la bilatéralité des lésions.

On pense également pouvoir écarter le diagnostic de diphtérie, mais dans le doute, une sérothérapie anti-diphtérique est instituée en urgence et le malade reçoit 2 gr d'Hexacycline par jour.

.../...

Le 21.5.66

- La N.F.S revient et oriente le diagnostic.

4.200.000 G.R Poly. Neutro. : 37 %
18.000 G.B Eosinophiles : 1 %
Lymphocytes : 10 %
Monocytes : 8 %
et grands mononucléaires
hyperbasophiles : 44 %

- Prélèvement de gorge : pousse de germes banaux et variés, absence de Klebs-Loëffler.

Le 20.5.66

- Gorge nettoyée
- Amygdales encore légèrement hypertrophiées.
- Les ganglions sont un peu moins importants.
- La rate n'est plus percutable.
- L'asthénie est discrète.

Le 30.5.66

Le malade sort en bon état pour terminer la préparation de ses examens.

6ème Observation

Mademoiselle F..... Jeannette - 20 ans - Employée de bureau -

---

Cette jeune fille, qui avait subi une intervention sur une dent de sagesse, le 21.6.1966, avait accusé, dès le lendemain une dysphagie devenant plus importante les jours suivants.

Le 25.6.1966, elle appelle son Médecin qui décide de l'hospitaliser.

A l'entrée : - Température à 38°1.
- Pouls : 120.
- Angine à fausses membranes grisâtres.
- Adénopathies cervicales bilatérales importantes, non douloureuses.
- Eruption faite d'éléments érythémateux, rouges, non confluents, non prurigineux, qui aurait été attribuée à une injection d'antibiotique (on ne sait pas lequel) ; au niveau des deux bras et avant-bras.
- Dysphagie importante. Pas de vomissement. Avait été vaccinée enfant contre la diphtérie, mais n'avait pas reçu de rappel depuis de nombreuses années.

L'Interne de garde, craignant une diphtérie, demande un prélèvement de gorge, une numération formule sanguine et prescrit 50.000 unités de sérum anti-diphtérique et une perfusion avec 4 millions de Pénicilline.

- Prélèvement de gorge : pousse d'un staphylocoque doré, Chapman +.
- N.F.S : 5.700.000 G.R Poly. Neutro : 40 %
  11.000 G.B Lymphocytes : 54 %
  Monocytes : 6 %

.../...

Le 30.6.1966

- Paul et Bunnel : positif.
- Régression complète de l'angine et de la température.
- Persistance d'adénopathies sous-maxillaires
- Réapparition d'une discrète éruption analogue à la première, faite de petits éléments très nombreux, rouges, non prurigineux au niveau des deux membres inférieurs.
- La pénicilline est arrêtée et l'éruption disparaît : coïncidence ? ou non ?.

Le 2.7.1966

- Sortie de la malade.
- Parfait état général.
  - apyrexie
  - disparition des éruptions
  - gorge propre
  - persistance d'un seul ganglion sous maxillaire gauche, non douloureux.
- N.F.S : 4.800.000 G.R Neutrophiles : 56 %
  4.400 G.B Lymphocytes : 36 %
  Monocytes : 5 %
- V.S : 12 - 37

Cette malade nous a également interessés par sa forme pseudo-diphtérique.

7ème Observation

Mademoiselle M.... Edwige - 17 ans -

Le 6.8.66, angine à points blancs
dysphagie
fébricule.

Le 8.8.66, elle est vue par son Médecin et mise à la Transcycline et à la Pénicilline.

Le10.8.66, la malade n'allant pas mieux, son Médecin décide de nous la confier.

A l'arrivée dans le service, malade asthéniée, abattue.

On trouve :

- une température à 38°2
- des amygdales hypertrophiées, des points blancs disséminés au niveau de l'arrière gorge, pas de fausses membranes.réelles.
- un cou volumineux, avec des adénopathies importantes, dures et douloureuses au niveau des chaînes spinales, carotidiennes et sous-maxillaires.
- on trouve également des adénopathies axillaires et inguinales.
- la rate est percutable et palpable à bout de doigt.

Le reste de l'examen est entièrement normal.

- le prélèvement de gorge pratiqué alors, ne met en évidence aucun germe spécial.
- la N.F.S : 4.300.000 G.R Hémoglobine : 82 %
  7.500 G.B V. Globul. : 0,95
  Neutrophiles: 70 %
  Lymphocytes : 28 %
  Monocytes : 2 %

.../...

La malade est alors mise sous perfusion avec : Pénicilline 4 millions et Transcycline ; et le lendemain, au Betnésol 40 mg.

Le 13.8.66

- La gorge est toujours sale.
- dysphagie
- ganglions très hypertrophiés
- apyrexie
- un Paul et Bunnel pratiqué trop tôt, par suite d'un malentendu, revient négatif.
- par ailleurs, on retrouve 25 cg d'albumine par litre.

Le 17.8.66

- N.F.S, les lymphocytes augmentent à 58 %, mais il n'y a pas de formes pouvant faire évoquer un syndrome mononucléosique.
- groupe sanguin : A -
- l'albuminurie est actuellement nulle
- le culot urinaire est stérile
- la gorge est enfin nettoyée
- les amygdales restent hypertrophiées
- la rate n'est plus, ni palpable, ni percutable
- les ganglions diminuent un peu.

Le 23.8.66

- Le M.N.I test rentre positif
- Eruption morbiliforme généralisée,
  allergie à la Pénicilline ?
  éruption symptômatique.

Le 24.8.66

La malade qui est actuellement mieux, veut sortir pour aller avec ses parents à Venise.

.../...

Les corticoïdes sont arrêtés, des conseils de prudence sont donnés.

On lui demande de nous envoyer son"petit ami" pour l'examiner et lui faire un M.N.I test, mais malheureusement, nous ne l'avons pas vu.

A sa sortie

- l'asthénie est beaucoup moins importante
- la gorge est nettoyée
- les ganglions sont un peu moins hypertrophiés
- la rate non palpable.

A son retour de Venise, nous avons pu savoir que :

- son état général était bon
- ses adénopathies, encore moins importantes, et qu'une éruption morbiliforme évoluait par poussées, alors que la Pénicilline était arrêtée ce qui venait afirmer que cette éruption était symptômatique de sa mononucléose.

Cette observation nous a semblé intéressante par le fait même que l'hémogramme n'était absoluement pas typique, mais que le tableau clinique était très évocateur et que le M.N.I test est venu confirmer nos soupçons.

C O N C L U S I O N

Les cas observés dans le service du Docteur HAMEL, à Mantes-la-Jolie, nous ont permis de faire les constatations suivantes :

D'abord, nous avons noté la fréquence des formes ayant débuté par une angine à fausses membranes, posant un diagnostic différentiel avec la diphtérie ; ensuite, nous avons été frappés par l'aspect des différentes éruptions observés et par la difficulté d'en faire le diagnostic étiologique en l'absence des réactions sérologiques, ou encore même avec la positivité de celles-ci, dans certains cas, entre un signe symptômatique de la maladie et une allergie à un antibiotique notamment.

Enfin, nous avons pu voir des syndromes mononucléosiques cliniques, sans perturbation de la formule sanguine, mais avec des réactions sérologiques positives venant confirmer le diagnostic soulevé par les éléments cliniques.

Nous terminerons cet exposé en donnant schématiquement la conduite à tenir par le Médecin, mis en présence d'un malade porteur d'une angine à fausses membranes.

1. <u>En ville</u>

   a. hospitaliser le malade au plus vite, en fournissant tous les renseignements connus, notamment sur ses vaccinations.

   b. examiner soigneusement l'entourage du malade en s'aidant, au moindre doute d'une numération

.../...

globulaire, d'une formule sanguine et d'un prélèvement de gorge.

2. A l'Hôpital

Examiner le malade et l'isoler en le considérant jusqu'à preuve du contraire comme un diphtérique.

En demandant d'urgence une recherche du bacille de Klebs-Loëffler sur le prélèvement de gorge, et une numaration globulaire avec formule sanguine.

a. Si l'on ne peut obtenir rapidement les résultats de ces examens, on ne retardera pas la sérothérapie anti-diphtérique.

b. Par contre, lorsque les résultats sont obtenus rapidement, deux éventualités peuvent se présenter :

- On a retrouvé du bacille de Klebs-Loëffler et la sérothérapie doit être entreprise immédiatement, associée au traitement classique.
- où le bacille de Klebs-Loëffler est invisible à l'examen direct et l'on s'en rapportera à la numération.

Si elle montre une leucocytose importante on craindra une leucose et l'on fera un myélogramme avant tout traitement.

Si la leucocytose est modérée, avec polynucléose, on pratiquera la sérothérapie anti-diphtérique.

Si la leucocytose est modérée (aux environs de 15.000), avec une mononucléose importante, et présence de mononucléaires basophiles atypiques, on ne pratique pas de sérothérapie, et l'on essayera de trouver l'étiologie de ce syndrome mononucléosique.

B I B L I O G R A P H I E

1. BEL A. - "Traitement de la mononucléose infectieuse". (J. Méd. Lyon (1961), 42, p.221/6)

2. LEPINE P. - "Epidémiologie de la mononucléose infectieuse". (Nouv. Rev. Franc. Hémat. (1961), 1, p.305/8)

3. EYQUEM A. - "Sérologie de la mononucléose infectieuse". (Nouv. Rev. Franc. Hémat. (1961), 1, p.312/23)

4. CATTAN R. & Coll. - "Mononucléose infectieuse ictérigène. Renseignements fournis par la biologie et la ponction-biopsie". (Nouv. Rev. Franc. Hémat. (1961), 1, p.329/32)

5. BERNARD J. & Coll. - "Formes familiales de la mononucléose infectieuse". (Nouv. Rev. Franc. Hémat. (1961), 1, p.323/9)

6. COUVREUR J. & G. DESMONTS. - "Toxoplasmose acquise et mononucléose infectieuse. Diagnostic différentiel et fréquence respective". (Nouv. Rev. Franc. Hémat. (1961), 1, p.345/9)

7. DULAC J.F, P. DOURY., A. BEN-ZENOU & Coll. - "A propos de 2 cas de mononucléose infectieuse de forme purpurique". (Bull. Soc. Méd. Milit. Franc. (1961), 55, p.276/9)

8. LE LOURD, J. BOURDIER & Coll. - "Mononucléose infectieuse avec manifestations cutanées". (J. Méd. Bordeaux (1961), 138,p.1330/2)

9. DURIEUX J. & Coll. - "A propos de trois cas particuliers de mononucléose infectieuse (Position actuelle du problème)." (J. Méd. Bordeaux (1961), 138, p.1561/74)

.../...

10. GREGOIRE J., C. LABRAM., B. DREYFUS & Coll. - "Un cas de mononucléose infectieuse avec localisation génitale".
(Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris (1962), 113, p.288/90)

11. BERNARD J. - "De l'adénolymphoïdite aigüe bénigne à la mononucléose infectieuse et aux syndromes mononucléosiques".
(Rev. Praticien (1962), 12, p. 2663/2722)

12. MENNA A. & J.L BINET. - "Traitement de la mononucléose infectieuse".
(Cah. Coll. Méd. Hôp. Paris (1962), 3, p. 878/82)

13. GERMAIN D. - "La mononucléose infectieuse".
(Méd. Infant. (1963), 70, p. 371/6)

14. PESTEL M. - "Mononucléose infectieuse".
(Presse Méd. (1963), 71, p. 1618)

15. LAMELIN J.P - "Forme clinique, diagnostic et traitement de la mononucléose infectieuse".
(Gaz. Méd. de France (1963), 70, p. 313/4).

16. MONNET P. - "Cas observés de mononucléose infectieuse dans un service de pédiatrie générale en onze ans".
(Pédiatrie (1964), 19, p. 131/5)

17. BERNARD J. - "Syndrome mononucléosique"
(Cours de pathologie médicale de la Fac. de Méd. de Paris, 17.12.1962).

18. AMSTUTZ Ph. - "Diagnostic d'un syndrome mononucléosique".
(Gaz. Méd France, 25.9.1966, 73, n°18, 3483-3487).

19. AUBERTIN E. & J. - "Les formes pseudo-diphtériques de la mononucléose infectieuse".
(J. Méd. Bordeaux, Janv. 1964, 141, n° 1, 23-36

.../...

20. BLATTNER G. & MAURER H. - "Mononucléose infectieuse et amygdales".
(HNO, Oct. 1966, 14, n° 10, 305-309, 8 fig.)

21. CHOREMIS C., ZERVOS N. & SAMARAS E. - "Mononucléose infectieuse et diphtérie".
(Ann. Péd., déc. 1950, 175, n° 6, 474-480.)

22. CROSNIER P., & coll. "Le polymorphisme clinique de la mononucléose infectieuse".
(Ann. Méd. 1953, 54, 3, 187-213)

23. GRENET P., CHAVELET F. & PAILLERETS F. (de) - "Mononucléose infectieuse. Diagnostic clinique, évolution, formes cliniques et traitement".
(Rev. Praticien, 1er Oct. 1962, 12, n°25, 2675-2685.)

24. HELLER A. - "Le diagnostic différentiel entre diphtérie et mononucléose infectieuse".
(Münch. Méd. Wschr., 30 oct. 1953, 95, n°44, 1174-1175)

25. PERELMAN R. - "Mononucléose infectieuse".
(Concours méd., 30 mai 1964, 86, n°22, 3581-3588)

26. SOHIER R. - "La mononucléose infectieuse".
(Paris, Masson, 1943)

27. THELIN F. - "Rapports de la mononucléose infectieuse avec la diphtérie et les pneumonies atypiques"
(Rev. méd. Suisse rom., 25 av. 1952, 72, n°4, 240-246)

28. VIC-DUPONT & LAMELIN J.P - "La mononucléose infectieuse".
(Concours méd., 6 Janv. 1962, n°1, 25-36)

29. WERLIN L.J & coll. - "La mononucléose infectieuse, problème diagnostique".
(Am. J. Méd. Sc., av. 1941, 201, 474-483).